Gutiérrez (J. B)

Facultad de Medicina de México

ESTUDIO

SOBRE LA

POSIBILIDAD DE ESTABLECER UN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

EN LA COLELITIASIS

Y

EN ALGUNAS DE SUS COMPLICACIONES.

TÉSIS INAUGURAL

POR

JUAN B. GUTIERREZ

Alumno de la Escuela de Medicina de México.



MÉXICO

IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON

Calle de Lerdo Número 3.

1879

C. J. M. Bandera, Sinod. prop.º

Facultad de Medicina de México

ESTUDIO

SOBRE LA

POSIBILIDAD DE ESTABLECER UN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

EN LA COLELITIASIS

Y

EN ALGUNAS DE SUS COMPLICACIONES.

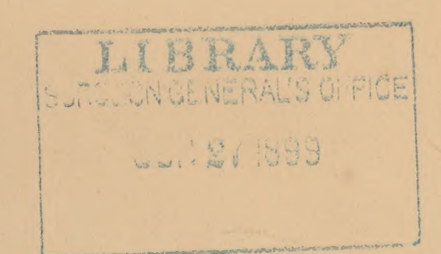
TÉSIS INAUGURAL

POR

JUAN B. GUTIERREZ

Alumno de la Escuela de Medicina de México.





MÉXICO

IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON

Calle de Lerdo Numero 3.

1879

Á LA VENERANDA MEMORIA

DEL SEÑOR MI PADRE

Á LA SEÑORA MI MADRE

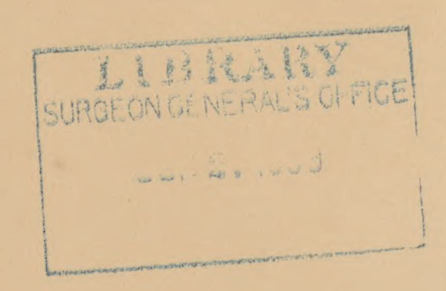
Á MIS HERMANOS QUERIDOS

Á MIS HERMANOS DE CORAZON

FRANCISCO ORTEGA Y FONSECA

Y

Dr. JOSÉ MARTINEZ ANCIRA



AL verme obligado á cumplir con la prevencion de ley, presentando un estudio más ó ménos completo sobre algun punto cualquiera de la extensísima ciencia médico-quirúrgica, muy grande ha sido mi vacilacion para escoger el que hoy es objeto de este pequeño trabajo. No lo propongo creyendo que doy á conocer algo nuevo; pero sí estoy seguro de que recordaré algo útil, y que, en mi concepto, hasta hoy ha sido relegado á un olvido que pudiera llamarse absoluto.

Al emprender este trabajo, pretendí generalizar el método que sigo cuanto más fuera posible, dando á conocer de una manera completa mi idea, con presentar algunas experiencias hechas en los animales y áun alguna aplicacion llevada á cabo en el

hombre. Desgraciadamente no pude cumplir mi propósito á causa de que, despues de sacrificar algunos animales de diverso género (perro, conejo, gato), dirigido por mi querido amigo é inteligente profesor Dr. D. Manuel Dominguez, hallé que no era posible estudiar en ellos, porque su glándula biliar y su receptáculo difieren muchísimo de los del hombre. Por tal diferencia, se hicieron insuperables los obstáculos que era necesario vencer para conseguir el buen éxito de una experiencia que, segun las rigurosas reglas de los varios métodos de la lógica, nos condujese á una conclusion tan exacta é inquebrantable, que su aplicacion pudiera verificarse en la mayor igualdad de circunstancias en nuestros semejantes.

En consecuencia de los obstáculos ántes mencionados, tuve que variar por completo mi primitivo plan y que concretarme única y exclusivamente á uno de los padecimientos de la vesícula biliar que, aunque no muy frecuente, ofrece sin embargo muy grande interés para el médico y para el cirujano. Voy, sin embargo, á insertar íntegro mi primer trabajo, que, como una sencilla disertacion, presenté en la Cátedra de Medicina operatoria, el año próximo pasado.

ALGUNAS LIGERÍSIMAS CONSIDERACIONES

SOBRE LA

POSIBILIDAD DE ESTABLECER UN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA COLELITIASIS

HACE algunos meses, al administrar el cloroformo á una persona muy apreciable para mí, á fin de disminuir en cuanto fuera posible los sufrimientos y los dolores intensísimos que le ocasionaba el paso de un cálculo biliar de la vesícula al intestino, reflexiones tal vez muy atrevidas y de difícil ó imposible realizacion, vinieron á mi mente y me sugirieron la idea con que encabezo este pequeño y desaliñado trabajo que me atrevo á presentar á la calificacion del inteligente y distinguido profesor de Medicina Operatoria, Dr. D. Eduardo Licéaga.

Muy débiles son mis esfuerzos, y mi instruccion muy limitada, para dar cima á una empresa tan difícil; empero me anima la benevolencia de mi profesor y lo puramente teórico de mi pretension, pues

le falta un punto de apoyo sólido é inquebrantable en pró ó en contra de mi creencia, punto que le seria dado por la experimentacion sobre los animales.

En épocas no muy lejanas aún, se miraban con horror algunas de las operaciones que se practican hoy, cuando estas operaciones tenian que ver con la serosa abdominal. Se desechaba por completo la extirpacion de los quistes ováricos, la histerotomía, la gastrotomía, la formacion de anos artificiales etc., etc., por el temor de ocasionar una peritonitis sobreaguda, que mataria al enfermo en unas cuantas horas. Hoy, por el contrario, cuando estas operaciones se practican con sumo cuidado y con limpieza esmerada, una gran parte de sus peligros desaparece, y tal vez, tal vez, las que se han verificado en México habrian tenido éxitos brillantes, si se hubieran llevado á cabo en época oportuna y cuando no estuvieran agotados los enfermos por los sufrimientos y debilitados por la duracion de su enfermedad y su falta de energía vital para soportar traumatismos de consideracion.

Tres grandes operaciones he tenido oportunidad de presenciar,[1] las tres en la cavidad abdominal y las tres tambien por lesiones de mucha considera-

1 A estas tengo que añadir una ovariotomía practicada por el eminente cirujano Rafael Lavista, en el Hospital de San Andrés, y que verificada cuando la enferma estaba en buenas condiciones y su salud poco quebrantada por la afeccion que llevaba hacia algun tiempo, se sobrepuso á los peligros de la operacion, y un mes despues estaba enteramente sana, sin que nada haga temer aún algun incidente desgraciado.

cion. La 1ª, una gastro-estomía practicada en el Hospital de Infancia, por un estrechamiento insuperable del esófago consecutivo á la sífilis, por los Sres. Licéaga y Montes de Oca; la 2ª, una histerotomía verificada en la práctica del Doctor Lavista, por un miofibroma de la pared anterior del útero, y la 3ª, un ano artificial, operacion llevada á cabo en el Hospital de San Andrés por el mismo señor, á consecuencia de una obstruccion intestinal, debida á una punta de hernia pellizcada abajo del ligamento de Poupart por un ganglio linfático hipertrofiado; las tres fueron seguidas de la muerte de los enfermos; pero ¿fué ocasionada la muerte por lesion del peritonéo? ¿esta serosa tomó algun participio en la funesta terminacion delas operaciones? ¿esta membrana presentaba algun signo que indicase que estaba interesada, que la inflamacion se habia apoderado de ella? No, en verdad; pues en ninguno de los tres casos y á la autopsía, se encontraron las lesiones que deja tras sí la inflamacion peritoneal. La muerte, en los tres casos, fué ocasionada por circunstancias enteramente extrañas á la afeccion de que me ocupo: la primera terminó con el enfermo por una neumonía; la segunda por el *peritonismo*, por el agotamiento nervioso consecutivo á una operacion de seis y media horas de duracion; y la tercera fué á consecuencia del agotamiento ocasionado en la enferma, por quince dias

de obstruccion y por el envenenamiento de su sangre por la absorcion de las materias fecales (?)

Acaso estos tres casos no sean suficientes para apoyar mi idea, pero tomo de mi reducidísima práctica lo que he visto, y que, á mi entender, puede servirme para defender mi teoría. Además, los quistes hidáticos del hígado, los abscesos de este órgano ¿de qué manera se tratan algunas veces sin temor de interesar el peritonéo? ¿qué procedimiento se sigue para ponerse á salvo de tan temible complicacion? Uno, y bien sencillo por cierto: procurar la adherencia de las hojas peritoneales, secuestrando, por decirlo así, la parte interesada de la gran cavidad peritoneal, é impidiendo por esas adherencias que las materias sépticas, al derramarse ahí, atraigan la peritonitis. Por otra parte, en los abscesos profundos del vientre, en los abscesos de hígado, en los flegmones de la fosa iliáca y en algunos casos de supuracion de los ganglios intra-abdominales, ¿de qué recursos se vale la naturaleza, de qué medios dispone para aislar la parte enferma de la sana? De dos: 1º, del engruesamiento de la serosa, y 2º, de las adherencias que en los casos anteriores se procuran por medios artificiales y que en estos son formados por el organismo solo, sin intervencion del cirujano.

Con estas ligeras apuntaciones á la vista, me he preguntado: ¿no sería posible, procurando adherencias entre la vesícula biliar y la pared del vientre,

por medio de la pasta de Viena ó de la potasa cáustica, abrir la vesícula sin temer una peritonitis? La contestacion, por analogía, es satisfactoria y afirmativa. Ahora bien; veamos qué contraindicaciones teóricas y qué peligros más ó ménos reales podria tener esa abertura de la vesícula. Desde luego tropezamos con lo siguiente: 1º, en los casos de hiperemia de la glándula biliar y por el aumento de volúmen que esta víscera adquiere, podrian desgarrarse las adherencias, romperse las paredes del receptáculo de la bílis y ocasionar la peritonitis; pero en estos casos generalmente, las adherencias que se forman, á la vez que sólidas son elásticas, y *hasta cierto punto* podemos eliminar esta causa de contraindicacion. En el caso contrario, en el de atrófia del órgano, podriamos hacer las mismas consideraciones. 2º Las adherencias podrian ocasionar restiramientos dolorosísimos, y en este caso de nada nos hubiera servido el aliviar los cólicos hepáticos, si ocasionábamos dolores tal vez igualmente intensos que los que aquellos procuran; pero es muy probable que tal cosa no sucediera, teniendo en cuenta la extensibilidad de los tejidos que forman las adherencias. Tenemos un peligro gravísimo con que luchar tal vez: este es la *Colecistitis*, que evidentemente vendria despues de las manipulaciones ejercidas en la vejiga de la hiel, y que pudiera traer el reblandecimiento de sus paredes, su ulceracion, y co-

mo consecuencia inmediata, imprescindible, el derrame de bílis en la cavidad peritoneal, y tras él la muerte inevitable y rapidísima del paciente. Y bien: ¿sería ésta una consecuencia fatal, un efecto ineludible? Creo que no, puesto que la inflamacion adhesiva, procurada por la pasta de Viena para formar las adherencias, no se limitaria evidentemente al punto adherido, sino que se extenderia más ó ménos, y tal vez abarcaria toda la vesícula y aun algo más, y en este caso las paredes vesicales se engrosarian, y el espesor que adquirieran nos pondria á salvo de la complicacion de que me he venido ocupando.

Por otra parte, ¿no se abren ámpliamente todas las grandes cavidades? ¿no se pone algunas veces la cavidad pleural al contacto del aire? ¿no se abre exageradamente la cavidad abdominal? ¿no se trepana el cráneo? ¿no se abren las grandes articulaciones? ¿no se inyectan líquidos irritantes en la pleura, en las sinoviales, para inflamarlas y modificar sus superficies? ¿no, en fin, se entra á la vejiga por diversos medios, poniendo su parte interna en pleno contacto con el aire atmosférico? Si todo esto se hace, y muchas ocasiones con buen éxito, ¿por qué no podria abrirse la cavidad que contiene la bílis? ¿por qué no imponer un tratamiento quirúrgico á los cálculos biliares, cuando se impone el mismo á los de las vías urinarias?.....

En teoría, y hablando con sinceridad, mi idea me

satisface; pero, repito, es fácil que en la práctica no dé buenos resultados y sea preciso desecharla por completo; pero ántes de hacerlo me propongo experimentar en los animales, y el éxito, favorable ó adverso, que mi experimentacion me presente, será el que me impulse á afirmarme más y más en mi creencia ó á abandonarla por completo como el más exagerado absurdo.

Para concluir, voy á dar á conocer rápidamente el procedimiento que me propongo seguir en mi experimentacion, y el que, si alcanza éxito feliz, se aplicará en seguida al hombre.

Dos caminos habría que seguir: ó bien hacer aplicaciones sucesivas del cáustico de Viena, hasta abrir por este medio la cavidad de la vesícula al caer las escaras (que sería lo más conveniente), ó abrir por el bisturí, despues de algunas aplicaciones del cáustico y cuando se figurase el cirujano que las adherencias existian. En uno ú otro caso, abierta ya la vesícula, con sumo cuidado y con instrumentos suaves y flexibles se extraerian los cálculos, y despues de haber hecho inyecciones de agua vuelta emoliente y á la temperatura de 37°, se procederia á la reunion de la herida, ó se dejaria establecer, segun los casos, una fístula cuya duracion fuese determinada y que pudiera obturarse para aprovechar el jugo biliar en las funciones digestivas, impidiendo su salida al exterior.

Esto es, en globo, lo que me ha ocurrido para el tratamiento quirúrgico de la Colelitiasis: aún podria hacer algunas ampliaciones, pero la premura del tiempo me lo impide; únicamente tengo que pedir benevolencia para el juicio que se forme de mi trabajo, y rogar que las apreciaciones que se hagan de él se me dén á conocer, á fin de emprender la experimentacion sobre los animales para obtener de esta manera la contraprueba de lo que la teoría y la analogía me indican, ó para olvidar por completo una idea que al presente me halaga, y que, francamente, no creo irracional.

Octubre 3 de 1878.

Como se ve, en él pretendí aplicar la terapéutica quirúrgica á la Colelitiasis en general; pero reflexiones posteriores que tuvo la amabilidad de hacerme mi respetado maestro el Dr. D. Ricardo Vértiz, me impulsaron á restringir el método á un solo afecto de la vesícula, á la Colecistitis, y muy particularmente á la calculosa.

En el presente estudio describiré someramente la Colelitiasis y su tratamiento médico, y en seguida me ocuparé de la Colecistitis, de su terapéutica quirúrgica y de las indicaciones de la intervencion del arte para salvar á los enfermos de las terribles complicaciones que pueden venir cuando

la vesícula se inflame, á consecuencia de su ocupacion por producciones morbosas, por cálculos cuyo número puede ser más ó ménos considerable.

*
* *

Se da el nombre de Colelitiasis, Litiasis biliar, Cálculos biliares, Piedras císticas, á una enfermedad caracterizada por la formacion única ó múltiple de concreciones más ó ménos voluminosas cuya base principal es la colesterina, y que están contenidas en la mayoría de casos en la vesícula biliar, y algunas veces en los canales excretores ó en los canalículos intra–hepáticos.

Los escritos de Hipócrates casi nada nos dicen de esta enfermedad, y hasta el siglo XVI fué cuando aparecieron las primeras descripciones de ella.

Las causas que contribuyen á la formacion de los cálculos, realmente no son conocidas; pero podemos dividirlas en dos, locales y generales: las primeras son aquellas que tienen su asiento exclusivo en las paredes mismas de la vesícula y que están modificadas, sea por inflamaciones anteriores, ó por un catarro de la mucosa que las reviste; en este caso, la secrecion catarral influye de manera que hace precipitar las sales biliares y estas forman

el núcleo de los cálculos. Las segundas son más numerosas, entre ellas se cuenta el género de alimentacion, la gran cantidad de sales, comparada con la del líquido en que están disueltas, la diminucion en la velocidad del escurrimiento ó la retencion de la bílis en su receptáculo, el estado general del individuo,[1] la edad (adultos), y el sexo (mujeres).

La vesícula se altera, más ó ménos, por la permanencia de los cálculos en ella; las lesiones que se encuentran generalmente son: el engruesamiento de sus paredes y la inyeccion, algunas veces poco marcada, de la mucosa que las reviste; además se encuentra una cantidad bastante considerable de moco teñido por las materias colorantes de la bílis, y que es un indicio claro de un afecto inflamatorio crónico de ella.

Los cálculos pueden ser solitarios ó múltiples, estando su número en razon inversa de su volúmen; en el primer caso son muy voluminosos y ocupan toda la cavidad de la vesícula; su forma entónces es elipsoidal. Cuando son múltiples, su forma es muy variable, pareciéndose algunas veces á los huesos del carpo, y afectando las más la de

1 A mi entender la alcoholosis es una causa de produccion de los cálculos, pues en las diversas autopsías que he tenido oportunidad de hacer en un gran número de *alcohólicas*, he encontrado los cálculos biliares, algunas veces en cantidades sumamente grandes, pues he llegado á extraer hasta 110 del tamaño de un garbanzo. Rara ocasion los he encontrado en individuos que no estuviesen bajo la influencia del estado constitucional ántes mencionado.

algunos sólidos geométricos (tetraedro, exaedro, octaedro); las facetas que presentan son debidas á su contacto mútuo y á los recíprocos y continuados frotamientos que tienen entre sí. Su coloracion es muy vária tambien, lo que depende de la sustancia que predomina en ellos. En lo general, son de un amarillo ó moreno oscuros: he tenido oportunidad de verlos de un blanco ligeramente amarillento, de un rojo oscuro, ó de un verde azulado que, por reflexion, presentaban un color de tornasol bellísimo, á causa de la bilifulvina y biliverdina que predominaban en ellos; en un solo caso ha sido enteramente cristalino, debido esto á que el cálculo estaba formado de colesterina enteramente pura; su tamaño era el de un huevo de paloma. Su composicion química es más uniforme, pues en la gran mayoría de casos están formados por colesterina, materias colorantes de la bílis y sales calcáreas en pequeña cantidad. En el mayor número de casos, los cálculos están formados de capas concéntricas, cuyo número está en relacion con el tiempo que han permanecido en la vesícula.

La sintomatología es bastante oscura á veces; esto depende del lugar que ocupan los cálculos y algunas ocasiones de su tamaño; muy numerosos son los casos en que estas concreciones no se dan á conocer por signo ninguno, áun cuando el número de ellas sea muy considerable, ó su tamaño muy

exagerado.[3] Fuera de estos casos, los síntomas varian, como he dicho, segun el lugar en donde se encuentran colocados los cálculos y segun su tamaño; así, por ejemplo: 1º, cuando ocupen la vesícula y sean de dimensiones suficientes para que no puedan franquear el canal cístico, su presencia allí quedará ignorada en el mayor número de casos; lo mismo sucederá cuando ocupen el mismo canal cístico; 2º, cuando su lugar sea el canal hepático ó el colédoco, entónces los síntomas serán los de una dispepsia más ó ménos exagerada, segun que el calibre de estos conductos esté algo libre ó enteramente obstruido; las materias fecales estarán más ó ménos decoloradas, y una icteria más ó ménos intensa y más ó ménos generalizada invadirá al individuo. En fin, en la sintomatología pueden hacerse dos divisiones, segun que los accesos de cólico hepático se presenten bajo la forma aguda ó bajo la crónica. En el primer caso, el acceso viene de una manera inesperada y el enfermo percibe un dolor agudísimo que tiene su localizacion en el epigástrio, sobre todo, en la direccion aproximada de los canales excretores, y que puede extenderse al hipocóndrio derecho, y aún hasta el hombro y cuello del mismo lado. Muy frecuentemente se encuentra un punto

3 He tenido oportunidad de observar cerca de cuarenta cadáveres, en los cuales, sin haber presentado síntoma ninguno de colelitiasis durante la vida, ha sido encontrada la vesícula biliar, con concreciones únicas ó múltiples, y de dimensiones muy diversas.

doloroso, que se llama punto escapular, y que está situado en el lado derecho y posterior del tórax en la region del ángulo inferior del omóplato. Al mismo tiempo hay náuseas y áun vómitos, arrojando en ellos bílis en cantidades variables; el enfermo siente una gran opresion, mucha fatiga, é inmediatamente ó muy poco despues se pone ictérico. Despues de una duracion que varía entre 6 y 18 horas, el cólico termina poco á poco ó de una manera rápida, lo cual depende de que el cálculo ha llegado á un lugar más dilatado de los canales que ha tenido que recorrer, de que ha caido en el intestino, ó bien de que por un camino retrógrado ha vuelto á la vesícula biliar.

En la forma crónica no se encuentra nada de lo que llevo dicho; únicamente hay una sensacion de peso y de dolor sordo en el hipocóndrio derecho; las digestiones son lentas y penosas, la icteria es permanente, y muy rara vez hay una exacerbacion marcada de los síntomas mencionados.

Cuando los cálculos son muy pequeños, constituyendo lo que se llama arenilla, casi no hay síntomas ningunos, y únicamente al reconocer las heces por alguna sospecha ó casualmente, se encuentra una cantidad más ó ménos considerable de arena, con los caracteres físico-químicos de los cálculos biliares; si por el contrario son más voluminosos y en número suficiente, puede sentirse á la palpa-

cion, en la region de la vesícula, un frotamiento bastante claro debido á la colision que tienen los cálculos entre sí.

La terminacion de esta enfermedad es variable; algunas ocasiones no hay más que un solo acceso; otras son muy repetidos y llegan á conducir hasta el marasmo á los enfermos. Cuando las concreciones no pueden atravesar el intestino, pueden ser causa de inflamacion ú obstruccion intestinal, y áun de peritonitis; si permanecen en la vesícula, pueden, por su permanencia, producir una colecistitis, de que nos ocuparemos despues. Por último, pero afortunadamente es raro, un síncope ocasionado por la violencia del dolor y por la excitacion de los neumogástricos, puede matar instantáneamente al enfermo. La hepatitis y la gastro-duodenitis pudieran roconocer esta causa, y suelen presentarse hemorragias por diversos órganos y que tienen todos los caractéres de las hemorragias pasivas. Algunas ocasiones son expulsados por las paredes abdominales, y en este caso, ó cicatriza la abertura que se ha formado espontáneamente, ó queda una fístula que, además de la bílis, permite de vez en cuando la salida de varios cálculos.

El diagnóstico de esta lesion no ofrece muy sérias dificultades, sino en el caso de que se presente bajo la forma crónica; pero el conmemorativo y el exámen de las materias fecales nos conducirian á

él. En la forma aguda es ménos probable la confusion; todas las inflamaciones que pudieran presentarse en esa region podemos eliminarlas, tanto porque el dolor que las acompaña nunca es tan exagerado, cuanto porque la temperatura se eleva siempre en ellas, persistiendo el aumento de calor durante bastante tiempo, cosa que jamás sucede en el cólico hepático, y si alguna vez la temperatura suele pasar de la normal, es pasajero el fenómeno y únicamente *durante el acceso.* Cuando la vesícula estuviere muy distendida é hiciese relieve bajo el borde costal, pudiera confundirse con un absceso de hígado; pero los antecedentes, los signos que indican una supuracion interna, el edema de la pared correspondiente del tórax, y lo profundo, oscuro y poco generalizado de la fluctuacion, nos evitarian caer en un error que no sería de mucha trascendencia, pues diversas ocasiones se ha observado en México que con un trócar se ha herido la vesícula á través del hígado y no ha habido accidente ninguno. La gastralgía y la hepatalgía pudieran simular el cólico hepático, pero la manera de presentarse el dolor en la primera de estas afecciones, despues de trascurrido bastante tiempo de las comidas, la localizacion exacta del dolor en el epigástrio y la coexistencia de neuralgías en diversos puntos, nos evitarian el creer en un cólico hepático; respecto de la hepatalgía, como neuralgía idiopática es rara y en

la mayoría de casos acompaña á la histeria. Por último, cuando el dolor del cólico hepático irradia hasta la region lombar, podria uno inclinarse á creer que existia un cólico nefrítico, pero la falta de retraccion del testículo, la ausencia de hematurias y de escozor en el meato, así como los antecedentes, nos evitarian un equívoco entre estas dos afecciones.

De lo expuesto se deduce que el pronóstico es bastante sério, tanto por los sufrimientos que ocasiona esta enfermedad al paciente, cuanto por las complicaciones que pueden sobrevenir.

El tratamiento médico tiene que llenar varias indicaciones: 1ª calmar el dolor; 2ª disolver los cálculos y 3ª prevenir la formacion de nuevos. La primera queda completamente cumplida con las inyecciones hipodérmicas de una sal de morfina, con la ingestion de opio á alta dósis, ó con la aplicacion de supositorios segun la fórmula de Senac que dá Trousseau en su Clínica médica (E. de belladona y opio cc. gr. 0,02 manteca de cacao 2,00 para un supositorio); si el cólico es muy violento ó el paciente muy excitable, la cloroformizacion hasta la resolucion muscular, con el fin de relajar las fibras musculares de los canales biliares, será el medio heróico que deba emplearse en el caso que acabo de mencionar. La segunda es casi imposible llenarla; se han recomendado diversos medicamentos, tales como los ácidos, y sobre todo, el remedio

de Durande (éter ó cloroformo 3, aceite esencial de trementina 2), aumentando la dósis hasta la intolerancia. Por razones que creo inútil exponer, se comprende que no se puede esperar ni la más mínima parte del éxito que se proponian los que alababan este tratamiento para disolver los cálculos biliares. En cuanto á la tercera indicacion, algo se puede conseguir por medio de un tratamiento general en el que intervengan los alcalinos como base principal de él (aquí tal vez convendria el remedio de Durande), uniéndole la mejor higiene posible y adoptando un género de alimentacion que contenga muy poca grasa. En México se ha aplicado, y con buen éxito, el cocimiento de Simonillo (Calea zacatechichi. Compuestas), á la dósis de 500 á 1000 gramos diarios de agua, por 8 ó 10 de yerba, sosteniendo este método durante mucho tiempo. Su accion fisiológica no se conoce; tal vez tenga alguna influencia el principio muy amargo que contiene. Alguna vez ha dado buenos resultados la podofilina á la dósis de gr. 0.10 y se cree que el éxito obtenido depende de una accion electiva que el medicamento citado tiene sobre la vesícula.

El tratamiento quirúrgico, en lo general, ha sido indicado al principio de mi trabajo; mas habiendo alguna indicacion especial, y en la que quiero fijar un poco la atencion, y es la que trae consigo la

Colecistitis y especialmente la calculosa, daré una idea aunque muy sucinta de esta afeccion, á fin de ocuparme inmediatamente despues en su tratamiento quirúrgico, que, como dije al principio, es casi el principal objeto del presente estudio.

La colecistitis aguda, calculosa ó no, se presenta siempre con los mismos síntomas, que son los que acompañan á toda inflamacion: calosfrio, calentura, anorexia, sed, y dolor bastante vivo en la region hepática, limitándose sobre todo á la de la vesícula; este dolor es continuo, pero cuando hay alguna exacerbacion, irradia algunas veces hasta el hombro. A consecuencia de la inflamacion, el cuello de la vesícula se obstruye, la secrecion aumenta considerablemente, y poco tiempo despues aparece un tumor piriforme que puede percibirse y limitarse por la palpacion y la percusion, y que está formado por la vejiga de la hiel distendida por el producto de la secrecion hepática y el moco debido á la secrecion catarral de la mucosa vesical inflamada. Un síntoma negativo es en este caso de gran valor; este síntoma es la *ausencia de icteria,* el cual es debido á que no estando obstruidos los canales hepático y colédoco, la bílis puede fluir fácilmente al intestino. Algunas veces la inflamacion tiende á hacerse supurativa y ulcerante, y en este caso su marcha es muy rápida y la enfermedad termina violentamente en una peritonitis por perforacion, en la evacuacion

del contenido de la vesícula en algun punto del canal digestivo, previas adherencias, ó por un absceso que se abre por las paredes abdominales. Cuando la vesícula está distendida por la bílis y las concreciones, se puede, deprimiendo la pared abdominal y haciendo algunos movimientos de sucusion, percibir el choque de los cálculos, fenómeno que, como he dicho ya, se conoce con el nombre de *colision.*

El diagnóstico se deduce de los síntomas antes expuestos y del conmemorativo.

El pronóstico debe de ser reservado, por las terminaciones funestas que suele tener la enfermedad.

El tratamiento tiene que ser única y exclusivamente quirúrgico, y variará segun que la inflamacion se haya desarrollado ya, ó que únicamente se presente la replesion de la vesícula biliar. En este último caso se procederá á la expresion de ella por maniobras externas, usando el procedimiento nacional, debido al eminente clínico Dr. D. Miguel Jimenez, el cual consiste en comprimir sobre las paredes del vientre y en el lugar que la percusion y la palpacion den á conocer como ocupado por la vesícula, en una direccion que sea de abajo arriba y de delante atrás. Esta compresion debe hacerse bajo la influencia del cloroformo, tanto para relajar los músculos abdominales, cuanto porque es

sumamente dolorosa.[1] Si esto no se consiguiere porque fuere invencible el obstáculo, entónces se recurrirá al aspirador de Potain, el que serviria tambien como medio de diagnóstico, pues por medio de la cánula se podrian tocar los cálculos, que á la palpacion, y por lo dolorosa que es esta exploracion, no se hubieran podido reconocer con claridad.

Cuando la inflamacion hubiese invadido el receptáculo biliar y no se hubiere podido vaciar por cualquiera de los procedimientos antes mencionados, se pondria en planta el que recuerdo ahora, verificado en épocas anteriores por Petit y Demarquay, aunque con mucha imperfeccion, porque no se contaba con los elementos que en la actualidad hay para esta operacion, y que consiste, como he manifestado ya, en aplicaciones sucesivas del cáustico de Viena ó de potasa cáustica, hasta abrir la vesícula,[2] ó atacar directamente este órgano por medio del bisturí, despues de 48 horas de haber hecho una incision que llegase hasta muy cerca del peritonéo, y confiando en la rapidez con que se forman las adherencias cuando se inflaman las serosas, adherencias que en este caso nos pondrian á salvo de la irrupcion del contenido de la vesícula en la

1 Muchos son ya los casos que se tienen de la bondad de este procedimiento: los Sres. Vértiz R. y Licéaga lo han puesto en práctica infinidad de veces, y uno de los médicos de esta capital lo ha llevado á cabo algunas ocasiones en su propia persona.

2 Trousseau cita en su clínica algunos casos semejantes á los de Petit y Demarquay. Tomo III, páginas 244, 245 y 246 de la edicion de 1873.

gran cavidad peritoneal, trayendo consigo como terrible consecuencia la muerte rapidísima é inevitable del enfermo.

Una vez terminada la operacion que he recordado, se extraerian los cálculos si los hubiese, se harian inyecciones emolientes al interior de la vesícula, y se procuraria, segun las circunstancias y la concepcion del plan formado por el cirujano, sea la cicatrizacion pronta ó retardada de la herida, ó la formacion de una fístula biliar por un tiempo más ó menos largo, segun el estado general del individuo, y la imposicion de un tratamiento apropiado para prevenir en cuanto fuera posible la formacion de nuevas concreciones biliares.

Para terminar, pondrémos las conclusiones siguientes:

1ª La talla *cística* pudiera aplicarse cuando los cólicos hepáticos fueran muy repetidos, y trajeran por esto y por sus consecuencias la consuncion rápida del enfermo.

2ª La Colecistotomía es aplicable siempre que haya una colecistitis aguda, y especialmente si es calculosa, cuando por medio de la terapéutica médica, enérgica, y racional, no se consiguiese yugular la inflamacion.

3ª Esta operacion pudiera aplicarse tambien cuando, obstruidos los canales excretores, no pudiere vaciarse la vesícula por maniobras externas.

4ª Queda á la prudencia y tacto del cirujano, la aplicacion más ó menos tardía de alguno de los métodos que en el presente trabajo he recordado.

Es demasiado imperfecto mi estudio, pero acontecimientos independientes de mi voluntad me han impedido darle una perfeccion mayor: réstame únicamente pedir á mi respetable jurado indulgencia para el fallo que tenga á bien pronunciar sobre él, y manifestar que, si algo bueno tuviere, es debido solamente á los que me guiaron con sus luces durante mis estudios, á aquellos en cuyas fuentes bebí la poca ciencia que tengo al pretender entrar en la práctica civil, con el honroso título de médico de la facultad de México.

México, Setiembre de 1879.

JUAN B. GUTIERREZ.